

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 48

TRAVAIL du LABORATOIRE de la CLINIQUE DERMATOLOGIQUE (Institut Bactériologique de Lyon)
et du SERVICE du Docteur FAVRE (Hôtel-Dieu de Lyon)

SYPHILIS ET TUBERCULOSE CUTANÉES

Difficultés du diagnostic différentiel

ÉTUDE CRITIQUE

DE LA

Valeur séméiologique du nodule dit lupique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 13 Décembre 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Victor BAILLAT

né à LYON (Rhône) le 3 Avril 1900



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924

SYPHILIS ET TUBERCULOSE CUTANÉES

Difficultés du diagnostic différentiel

ÉTUDE CRITIQUE

DE LA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DU NODULE DIT LUPIQUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 48

TRAVAIL du LABORATOIRE de la CLINIQUE DERMATOLOGIQUE (Institut Bactériologique de Lyon)
et du SERVICE du Docteur FAVRE (Hôtel-Dieu de Lyon)

SYPHILIS ET TUBERCULOSE CUTANÉES

Difficultés du diagnostic différentiel

ÉTUDE CRITIQUE

DE LA

Valeur séméiologique du nodule dit lupique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 13 Décembre 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Victor BAILLAT

né à LYON (Rhône) le 3 Avril 1900



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. H. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	WEIL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	MOREL.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	MOURIQUAND.
Médecine légale	PAVIOT.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, Hydologie et Climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale	X.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT (Léon)	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. NICOLAS, président ; GARIN, assesseur ;
SAVY et FAVRE, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de ma très vive affection
et de ma profonde reconnaissance.

A MON FRÈRE, LE DOCTEUR CONSTANTIN BAILLAT

ET A SON EPOUSE

A MON FRÈRE CHARLES

A MON ONCLE ET A MA TANTE

A LA MÉMOIRE DE MON CHER COUSIN P.-CH. BAILLAT

Mort pour la France le 17 avril 1917

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS
*Professeur de Dermatologie et de Syphiligraphie
à la Faculté de Médecine de Lyon*

Qu'il veuille bien accepter nos respectueux remerciements pour l'excellent accueil qu'il nous a toujours réservé et pour le grand honneur qu'il nous fait de bien vouloir présider notre thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FAVRE
*Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon
Médecin des Hôpitaux*

Nous lui exprimons ici nos plus sincères remerciements pour nous avoir inspiré le sujet de cette thèse et nous avoir guidé avec tant de bienveillance dans ce travail.

A MES JUGES

A LA MÉMOIRE DE F.-X. BICHAT
Dont le nom honore ma famille

SYPHILIS ET TUBERCULOSE CUTANÉES

Difficultés du diagnostic différentiel

ÉTUDE CRITIQUE

DE LA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DU NODULE DIT LUPIQUE

INTRODUCTION

Un des diagnostics qui se posent le plus souvent en clinique dermatologique est le diagnostic différentiel des lésions syphilitiques et tuberculeuses. Il n'est, pour ainsi dire, pas de semaine où l'on n'ait à observer des manifestations cutanées évoluant sous des formes très variées, infiltrations, ulcérations, pour le diagnostic desquelles les deux grandes hypothèses étiologiques surgissent immédiatement à l'esprit : s'agit-il de tuberculose, les lésions sont-elles au contraire syphilitiques ?

Les ressemblances cliniques entre les manifestations de ces deux maladies sont très étroites. Toutes les deux créent des lésions chroniques torpides : toutes deux sont d'une grande fréquence et l'on conçoit tout l'intérêt d'une étude approfondie de tous les moyens d'investigation qui peuvent permettre, dans les cas si fréquents de clinique courante, d'attribuer à la lésion, à l'infiltration, à l'ulcération, sa véritable nature étiologique.

Ce n'est pas, d'ailleurs, dans le seul domaine cutané que l'observation des faits montre la fréquence de cette similitude clinique des deux maladies. Pour ne prendre que quelques exemples, il suffit de rappeler combien certaines formes de syphilis pulmonaire peuvent simuler la tuberculose, soit qu'elles évoluent sous la forme de bronchite chronique avec emphysème et sclérose diffuse, soit qu'elles donnent naissance à ces lésions complexes de cirrhose pulmonaire avec dilatation bronchique fréquemment méconnues, et qui, par le caractère purulent de l'expectoration, l'altération de l'état général, les hémoptysies imposent encore trop souvent le diagnostic de phtisie pulmonaire.

Faut-il rappeler ici que la syphilis, comme la tuberculose, intervient au niveau du foie, pour créer des cirrhoses et que les recherches récentes ont montré que l'infection par le tréponème entre beaucoup plus souvent en ligne de compte dans la pathogénie des cirrhoses, qu'on ne l'admettait autrefois ?

Les séreuses elles-mêmes ne sont pas un terrain réservé uniquement à l'attaque du bacille de Koch. Les sérites syphilitiques sont de mieux en mieux connues, qu'elles évoluent à l'état isolé ou qu'elles accompagnent des lésions viscérales réalisant ainsi le tableau de périviscérites attribuées communément, il y a quelques années, à la seule infection tuberculeuse, mais dont les observations récentes ont montré, sans conteste, qu'elles peuvent tout aussi bien relever de l'infection syphilitique.

Dans les domaines ganglionnaire, ostéo-articulaire,

la ressemblance clinique des deux infections est plus étroite encore, et nous pourrions citer de bien suggestives observations de lésions articulaires chroniques, qualifiées tuberculeuses, longuement traitées comme telles jusqu'au jour où, pour le plus grand bien du malade, un observateur, rompant avec le précédent diagnostic, obtenait, par les médications antisypilitiques, les résultats qu'avait seule retardés la première erreur de diagnostic.

Il est peu de domaine où, mieux qu'en pathologie ganglionnaire, on puisse voir, pour ainsi dire aux prises, en clinique, les diagnostics de syphilis et de tuberculose. Dans le service de notre maître, M. Favre, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, nous avons pu voir des exemples, que nous n'oublierons jamais, d'adénites torpides fistuleuses, vainement traitées auparavant par les méthodes thérapeutiques habituelles des adénites tuberculeuses. Il y a quelques années, personne n'eût songé, en présence de suppurations ganglionnaires de ce type, à poser un autre diagnostic que celui de tuberculose, tant il paraissait s'imposer par la torpidité de l'inflammation, son extraordinaire chronicité, sa résistance à la thérapeutique, et tant l'appoint de la fièvre, l'altération de l'état général paraissaient le mettre hors de tout conteste. Et cependant, dans ces cas, l'examen minutieux, la recherche attentive des stigmates d'hérédo-syphilis, l'enquête familiale, l'emploi des méthodes de laboratoire, venaient mettre en parallèle avec le diagnostic de tuberculose, le diagnostic de syphilis, bientôt confirmé par d'admirables succès thérapeutiques.

Notre Maître a rapporté l'observation de cette malade, atteinte d'affection ganglionnaire suppurative chronique du cou, émaciée, fébrile, profondément cachectique, réduite au poids de 32 kilos, considérée par tous comme atteinte de tuberculose ganglionnaire, et chez laquelle la révision du diagnostic devait produire, ce sont les expressions mêmes de la malade, « une véritable résurrection », cicatriser et guérir rapidement les lésions et donner, en quelques semaines, un gain de poids de 22 kilogrammes.

Ce n'est pas, en effet, pour le plaisir d'ailleurs justifié, d'établir un diagnostic étiologique précis qu'il importe d'examiner avec soin ces cas litigieux ; il y a, à les diagnostiquer exactement, un intérêt de premier ordre. Il suffit d'avoir vu un de ces malheureux affectés d'une lésion cutanée, osseuse, ganglionnaire, qui persiste souvent depuis des années, résistant à toutes les thérapeutiques. Ces malades ont épuisé les juridictions médicales, ils ont essayé tous les topiques, ils ont parfois été soumis à de multiples interventions chirurgicales, ainsi que l'attestent de nombreuses cicatrices ; ils voient, malgré tout, leur maladie continuer inflexiblement son cours. Un jour, sous l'influence de quelques injections et grâce à un bon diagnostic, le tableau clinique se modifie, la fièvre tombe, les suppurations interminables se tarissent, les ulcérations se comblent, l'état général se transforme et la guérison apparaît enfin, là où l'incurabilité paraissait définitive.

De tels résultats, que nous avons vu obtenir sous nos yeux, sont trop consolants pour le malade et le

médecin, pour que nous ne cherchions pas systématiquement à préciser, dans les cas auxquels nous avons fait allusion, un diagnostic qui peut avoir, dans le domaine thérapeutique, de semblables répercussions.

Si nous pouvons, malheureusement, peu de chose contre la tuberculose, nous avons, contre la syphilis, des moyens d'une très grande puissance. Le médecin est, trop souvent, obligé de se résigner, en présence de maux qu'il ne peut encore que soulager, pour ne pas saisir les cas où il peut exercer le plein de son action et se donner la grande joie de guérir.

Nous nous sommes laissé entraîner par l'exposé, qui serait d'ailleurs plein d'intérêt, de ces cas où la clinique doit mettre constamment en parallèle et en discussion les deux grandes affections : la syphilis et la tuberculose.

Nous voulons étudier le problème sur un champ restreint : celui des lésions cutanées; là encore, nous verrons combien les difficultés sont grandes, quelles étroites similitudes d'aspect les deux affections peuvent présenter.

On a multiplié, pour le résoudre, les observations destinées à guider le médecin ; l'étude des lésions a été poussée jusqu'aux plus minutieux détails. On a cru pouvoir trouver des caractères différentiels, qui permettraient d'établir, avec certitude, le diagnostic de certaines variétés de tuberculose cutanée, spécialement du lupus.

C'est ainsi que l'on a attribué à certains aspects de l'infiltrat lupique une valeur décisive. Les tissus lupiques, examinés à travers une lame de verre qui les comprime, sont le siège d'une infiltration qui a été considérée comme tout à fait propre à cette tuberculose cutanée. Nous aurions donc un signe d'une valeur absolue, qui trancherait toute hésitation dans les cas, si fréquents dans nos consultations dermatologiques, où le médecin hésite, en présence d'une lésion cutanée, entre le diagnostic de syphilis et celui de tuberculose, de lupus plus particulièrement.

On voit toute l'importance du débat ; avons-nous un signe vraiment pathognomonique, sa constatation met-elle fin à toutes les hésitations ?

Le problème est important et mérite d'être examiné de très près ; c'est celui que nous aborderons dans notre thèse, qui sera ainsi consacrée à la discussion d'un point de séméiologie.

La fréquence des cas où se pose le problème dont nous allons aborder la discussion, l'importance des conséquences que l'on peut tirer de la valeur du signe que nous avons à étudier, donnent à ce travail, non seulement la portée d'une discussion de séméiologie, mais une valeur pratique que nos observations cliniques démontreront assez.

CHAPITRE PREMIER

Syphilis et tuberculose cutanées.

Difficultés du diagnostic. Etude critique de quelques méthodes de diagnostic différentiel.

Nous avons dit, dans notre introduction, combien sont fréquentes, sur tous les appareils, les manifestations cliniques de symptomatologie identique que peuvent produire la tuberculose et la syphilis.

C'est surtout sur le terrain cutané que de semblables manifestations s'observent. Il suffit d'avoir suivi un service de consultations dermatologiques pour constater qu'il n'y a pour ainsi dire pas de jour où le problème ne se pose. En présence de lésions ulcéreuses, d'infiltrations inflammatoires chroniques, c'est toujours la même question que l'on voit poser : s'agit-il de lésions tuberculeuses ou de lésions syphilitiques ?

Si nous consultons les traités de dermatologie, nous y trouvons le reflet des difficultés avec lesquelles ont été aux prises, dans leur pratique journalière,

les maîtres, d'expérience cependant consommée, qui les ont rédigés. On en jugera par les citations suivantes :

« L'affection avec laquelle on confond le plus communément le lupus, c'est la syphilis. Dans beaucoup de cas, en dehors même des faits hybrides dont nous venons de parler, le diagnostic n'est possible que par le traitement. » (Brocq.)

« La syphilis tertiaire peut produire des lésions tout à fait identiques à celles du lupus. » (Dubreuilh.)

« Parlons d'abord de la grosse difficulté prévue et courante, à savoir le diagnostic différentiel des syphilides tertiaires et des dermatoses scrofulo-tuberculeuses de formes correspondantes...

« Voici, je suppose, côte à côte, une syphilide tuberculeuse et un lupus tuberculeux de forme sèche ; comment les distinguer ?

« De prime abord, impossible de ne pas subir l'impression suivante : en quête de différences, nous ne trouvons que des analogies, des similitudes. De part et d'autre, une éruption de modalité tuberculeuse, à tubercules de configuration à peu près identique, de volume et de relief à peu près identiques, de même physionomie générale, en un mot. » (Fournier.)

« C'est presque toujours entre lupus et syphilis tertiaire que la question se posera...

« ...Mais le lupus ulcéreux serpigineux peut simuler de bien près les syphilides tuberculo-ulcéreuses et

croûteuses. En dernière analyse, on recourra à la réaction locale, à la tuberculine, l'inoculation au cobaye, la réaction de Bordet-Wassermann. » (Pautrier.)

« Il est des syphilides à tel point lupoïdes, même à l'examen histologique, qu'il faut recourir, pour sortir d'embarras au séro-diagnostic de Wassermann et à l'inoculation au cobaye ; la réaction locale à la tuberculine a aussi une valeur réelle. » (Darier.)

La lecture des périodiques consacrés à la dermatologie et à la syphiligraphie, comme celle des comptes rendus des sociétés dermatologiques, n'est pas moins édifiante. Dans la discussion de certaines présentations de malades, il est commun de voir l'examen clinique conduire certains observateurs au diagnostic de tuberculose, d'autres au diagnostic de syphilis.

A propos d'une observation récente qu'ils ont présentée à la Société de Dermatologie de Nancy et intitulée « Tuberculose cutanée à localisations multiples et gommes lymphangitiques », MM. Spillmann, Drouet et Dombray écrivent : « *Les localisations multiples de l'infection tuberculeuse ont réalisé chez elle un ensemble comparable à celui que nous avons observé chez une femme syphilitique présentée en 1921 à la Réunion de Dermatologie de Strasbourg. (Syphilis mutilante à manifestations multiples cutanées, osseuses et articulaires).* »

Plusieurs des malades dont nous rapportons les observations avaient été considérés comme atteints de lupus, soignés comme tels sans résultat, jusqu'au jour où le diagnostic ayant été rectifié et la thérapeutique antisypilitique instituée, la guérison n'a pas tardé à se produire, alors que les lésions duraient depuis un temps déjà très long.

Un autre témoignage que nous pouvons invoquer de la difficulté du diagnostic différentiel des manifestations cutanées de la syphilis et de la tuberculose peut être tiré des cas de cures de lupus par les méthodes antisypilitiques et en particulier par le calomel.

Certains observateurs ont vu qu'en traitant systématiquement des lupiques par des injections intramusculaires de calomel, ils obtenaient parfois de surprenantes guérisons, et certains proposèrent même d'ériger en traitement systématique de la tuberculose cutanée lupique, ce procédé thérapeutique.

L'explication de ces faits est aujourd'hui très simple : les « lupus » qui guérissent par le calomel ne sont en réalité que des syphilides lupiformes, simulant à ce point la tuberculose que d'excellents observateurs n'avaient pas hésité à les étiqueter tels, et qu'il a fallu l'épreuve thérapeutique pour reconnaître leur véritable nature. On sait aujourd'hui que le lupus vrai ne guérit pas par les injections de calomel.

Nous avons pu recueillir dans le service de M. Favre l'observation d'une malade syphilitique présentant, au niveau du thorax, un très large placard infiltré au sujet duquel on pouvait discuter l'hypothèse de

lupus vrai ou de syphilis lupiforme. Le diagnostic de lupus avait été porté à l'hôpital des Chazeaux par M. Bonnet. Notre maître s'arrêtait plutôt au diagnostic de syphilis en raison de l'apparition tardive des lésions et de la notion de l'infection syphilitique antérieure. Un traitement extrêmement énergique par le cyanure et des injections de novarsénobenzol à fortes doses n'eut pas la moindre action sur les lésions que ne modifièrent pas davantage les médications iodurée et bismuthique.

*
* *

Il est superflu d'insister davantage et d'apporter de nouveaux arguments à la thèse bien établie par l'observation de l'étroite ressemblance clinique de la tuberculose et de la syphilis cutanées.

On comprend donc que l'on se soit ingénié à chercher des signes cliniques, des réactions de laboratoire, des tests biologiques assez précis et constants pour éclairer le clinicien et lui permettre d'éviter l'erreur. Il y aurait un très long chapitre à écrire sur la valeur de ces méthodes.

Il est juste de faire remarquer que l'école dermatologique lyonnaise s'est particulièrement attachée à l'étude de cette importante question. MM. Nicolas et Favre ont soumis à une critique attentive tous les témoignages que l'on a coutume d'apporter en pareil cas. Si l'on veut procéder à coup sûr, il faut ne s'appuyer que sur des données certaines, qu'elles soient

d'ordre clinique, histologique, biologique. Un procédé de valeur inconstante ou incertaine devient très dangereux si le consentement tacite des observateurs et l'absence de critiques systématiques viennent à lui accorder une valeur absolue. Le travail philosophique de la critique préalable des méthodes est indispensable et c'est à cette critique que se sont plus spécialement attachés ces deux dermatologises lyonnais.

En ce qui concerne particulièrement l'anatomie pathologique, leurs travaux sont aujourd'hui classiques. Ils ont établi que l'on rencontre dans les lésions syphilitiques des formations histologiques que l'on considérait autrefois comme la marque exclusive de l'inflammation tuberculeuse. Les cellules géantes, les cellules épithélioïdes, appartiennent aussi bien à la syphilis qu'à la tuberculose. Ces deux inflammations nodulaires peuvent produire dans les tissus des altérations semblables, comme elles produisent en clinique, des lésions d'aspect identique.

Dès leurs premières recherches, MM. Nicolas et Favre avaient noté l'importance de ces notions. Dans l'enseignement oral de la clinique de l'Antiquaille, ils avaient insisté sur la nécessité de tenir compte de faits aussi importants pour interpréter la nature de lésions encore imparfaitement connues et étiquetées tuberculides, et qui leur semblaient ressortir pour une part à l'action de la syphilis. On sait quelle fortune a eu par la suite une semblable conception, professée oralement à Lyon depuis bien longtemps.

C'est, en effet, sur des arguments d'ordre surtout

histologique qu'avaient été fondée la conception des tuberculides, et la fragilité d'une telle base devait d'abord apparaître aux auteurs qui avaient signalé les premiers que les lésions considérées comme caractéristiques de l'inflammation tuberculeuse ne l'étaient en fait à aucun degré.

Ce n'est pas seulement dans le domaine histologique que ce sont poursuivies les recherches de MM. Nicolas et Favre ; ils ont voulu se rendre compte de la valeur des réactions biologiques communément mises en œuvre pour résoudre le problème du diagnostic différentiel des lésions syphilitiques et tuberculeuses.

Nous ne ferons que rappeler leurs travaux sur les réactions des syphilitiques à la tuberculine dont les conclusions sont que, là encore, nous n'avons pas un moyen de diagnostic certain capable de résoudre le problème dont nous signalons les difficultés.

Nous rappellerons aussi les recherches trop souvent méconnues de MM. Nicolas et Favre sur l'intradermo-réaction à la « syphiline » (extrait glycéринé de foie de de fœtus syphilitique, riche en tréponèmes).

Bien avant Noguchi, les deux auteurs lyonnais ont étudié complètement cette méthode biologique qu'ils ont mise en œuvre concurremment chez des syphilitiques et chez des malades indemnes de syphilis. Ils ont comparé sa valeur avec celle de la réaction de Wassermann.

Nous ne voulons pas ici rapporter les conclusions fort intéressantes de leurs recherches. En ce qui concerne toutefois le diagnostic différentiel du lupus et

de la syphilis, l'intradermo-réaction à la syphiline paraît avoir une valeur plus grande que l'intradermo-réaction à la tuberculine. Alors que l'intradermo-réaction tuberculinique s'est montrée très fréquemment positive chez des syphilitiques (44 fois sur 47 malades), l'intradermo-réaction à la syphiline, dans les quelques cas rares de lupus vrai, où elle a été employée, s'est montré franchement négative.

Nous rapportons ces recherches pour montrer avec quelle attention MM. Nicolas et Favre ont cherché à déterminer la valeur des divers procédés de diagnostic que le médecin songe à mettre en œuvre en présence de ces cas difficiles, et nous avons vu combien ils sont fréquents, où l'on hésite, à propos de la nature d'une lésion, entre la tuberculose et la syphilis.

Nous allons maintenant retrouver ces mêmes recherches, cette même discussion de la valeur des signes différentiels, non plus dans le domaine de l'anatomie pathologique et des méthodes biologiques, mais poursuivies sur le terrain clinique, en étudiant la critique que ces deux maîtres ont faite d'un signe important en clinique, le signe de la vitro-pressure.

CHAPITRE II

Syphilis et tuberculose cutanées.

Leur étroite ressemblance clinique.

Le nodule lupique, sa valeur.

Le signe de la vitro-pressure.

Pour résoudre le problème de la nature étiologique d'une lésion cutanée chronique, infiltrée ou ulcéreuse, lorsqu'on hésite entre tuberculose et syphilis, on songe tout d'abord à demander la solution du problème à l'examen clinique.

En parcourant les traités de dermatologie et syphiligraphie, on trouve des tableaux comparatifs où les signes cliniques des lésions syphilitiques et tuberculeuses sont exposés sur deux colonnes parallèles et où l'on rencontre, minutieusement décrit, l'ensemble des aspects objectifs qui doivent permettre au médecin de se prononcer en faveur de l'une ou l'autre étiologie. De tels parallèles cliniques sont d'une incontestable utilité, mais il importe néanmoins de savoir qu'il ne faut pas donner à ces indications une valeur abso-

lue et que tous les dermatologistes et syphiligraphes, Fournier en particulier, ont montré que, malgré les laborieuses études cliniques, malgré la richesse des signes différentiels tirés de l'examen purement cutané, le diagnostic reste souvent fort difficile et l'erreur toujours possible.

N'est-il donc aucun symptôme clinique de valeur absolue ? A lire les publications et les traités, il semble qu'il en est un auquel tous les auteurs se sont plu à reconnaître une valeur décisive. Il est tiré de la constatation, dans les lésions tuberculeuses, d'infiltrations qui peuvent être étendues en larges nappes, qui, plus souvent, sont réparties en îlots, en nodules intradermiques. La couleur, la consistance de ces infiltrats seraient pathognomoniques. La meilleure manière de les étudier consiste à les examiner à travers une lame de verre qui comprime les téguments enflammés. C'est l'examen par « diascopie » attribué à Unna, et que les dermatologistes français désignent du nom de signe de la vitro-pressure.

La tuberculose se révélerait dans le derme par des nodules tout à fait caractéristiques, et nous aurions ainsi, par l'examen clinique, le signe révélateur que nous n'avons pas rencontré jusqu'ici.

Pour définir le signe de la vitro-pressure, nous ne saurions mieux faire que d'en emprunter la description aux dermatologistes qui l'ont particulièrement bien décrit.

Dans ses tableaux de diagnostic différentiel général des principales dermatoses, Brocq donne les deux définitions suivantes :

« LUPUS VULGAIRE NON ULCÉREUX. — *Nodules profonds, intradermiques, agglomérés, prenant par la compression la teinte du sucre d'orge, un peu sensibles au toucher, très mous, évolution périphérique des plus lentes. (Lieu d'élection : figure.)*

« LUPUS VULGAIRE ULCÉREUX. — *Aspect analogue, mais périphérie en activité nette, avec par places des ulcérations recouvertes de croûtes brunâtres plus ou moins adhérentes ; centres à tendances cicatricielles avec nodules sucre d'orge enchassés dans la cicatrice. Evolution lente. Lieu d'élection : la figure, mais peut s'observer sur tout le corps. »*

Dans le volume du traité de E. Sergent, consacré à la dermatologie, Pautrier définit ainsi le nodule lupique :

« *La lésion élémentaire du lupus ou tubercule lupique est définie par un certain nombre de caractères particuliers.*

« *Elle se présente comme un petit grain rouge jaunâtre, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois, légèrement saillant ou enchassé dans la peau, et se voyant par transparence à travers un épiderme aminci. La teinte spéciale du lupome s'apprécie mieux en tendant la peau entre deux doigts après l'avoir nettoyée à la vaseline, ou mieux par la vitro-pression, en l'examinant à travers une lame de verre fortement appuyée. Sur les tissus adjacents anémiés par la pression et devenus blanchâtres, le lupome tranche par sa*

teinte jaune ambré que l'on compare classiquement à de la gelée de pommes, ou à du sucre d'orge... »

Dubreuilh donne, dans son *Précis de dermatologie*, une définition analogue :

« La lésion élémentaire et caractéristique du lupus est un nodule du volume d'un grain de mil en moyenne, bien qu'on en puisse trouver de beaucoup plus petits et de beaucoup plus gros formant des amas gros comme un pois et même davantage. Leur couleur est d'un jaune rougeâtre, demi-transparent rappelant la gelée de pommes ou la confiture d'abricots. La couleur jaune du nodule lupique est souvent masquée par l'érythème diffus de toute la région malade. On la met en évidence en anémiant la peau par traction avec le doigt ou par la pression avec une lame de verre, par exemple : un abaisse-langue.... »

Citons encore la description de Darier :

« Lorsqu'on soumet un tubercule lupique à la vitro-pression ou au diascopie, pour en chasser le sang, on constate à travers la lame de verre, que son tissu est d'un jaune translucide, comparable à du sucre d'orge ou à de la gelée de pommes, nettement délimité vis-à-vis de la nappe d'un blanc crèmeux que présente le derme normal. Cette translucidité pathognomonique du lupome écrasé, qui tient à la disparition locale du réseau élastique et conjonctif, est facile à distinguer de la coloration opaque qu'offrirait dans les mêmes conditions une tache pigmentaire ou un naevus verruqueux mou. »

Nous terminerons notre exposé par cet article de Gougerot :

« Ce diagnostic de lupus est facile si l'on y pense ; en effet, quelle que soit la forme clinique du lupus (et elles sont innombrables), qu'il s'agisse de lupus plan, élevé, squameux, psoriasiforme, impétiginoïde, eczématiforme, ulcéré, etc., toujours on retrouve la même lésion élémentaire, le nodule lupique qui impose le diagnostic.

« Les nodules lupiques sont de petits « grains » de un à trois et quatre millimètres, parfois davantage, saillants ou non, isolés ou confluents, rouges ou rouge orangé au premier abord, orangés (gelée de pomme, sucre d'orge), ou gris-jaunâtre (lard ranci) à la « vitro-pression » et demi-transparentes. [La vitro-pression consiste à appuyer sur la lésion le côté convexe d'un verre de montre, on regarde la lésion à travers le verre.] Inclus dans le derme, donc sous épidermiques, ils sont recouverts par un épiderme tantôt presque normal, tantôt altéré et squameux, qui les laisse voir par transparence..... »

Si nous résumons, d'après ces diverses citations, les caractères essentiels du nodule lupique, nous voyons que sa coloration va de la teinte de la marmelade de pommes, du sucre d'orge à des colorations plus foncées où le jaune clair se teint alors de rouge brun.

On peut donc constater, à côté de ce que nous appellerons les nodules de teinte claire, des infiltrats plus foncés, plus rougeâtres ; on les observe dans les cas où la congestion vasculaire est particulièrement accusée.

Le tissu internodulaire apparaît parfois presque normal dans certaines formes de lupus superficiel peu congestif, à nodules discrets. Plus souvent, il reste d'un rose jaunâtre qui, quelquefois, se montre terne et dont on a comparé l'aspect à celui d'un lard légèrement ranci.

L'infiltrat lupique, nous l'avons dit, est tantôt arrondi, tantôt étalé.

Nous ne ferons que signaler, car ces caractères n'entrent pas précisément dans notre sujet, la sensibilité particulière du nodule lupique et sa friabilité indiquées par tous les auteurs.

Cette lésion élémentaire, ainsi décrite, est-elle caractéristique des lésions cutanées tuberculeuses ? Leur appartient-elles exclusivement ? Peut-elle servir à en affirmer le diagnostic sans aucun risque d'erreur ?

Pour être fixé sur ce point, consultons d'abord l'opinion des auteurs que nous avons cités.

« La lésion élémentaire et *caractéristique du lupus* est un nodule du volume d'un grain de mil en moyenne. » (Dubreuilh.) Ce nodule présente une translucidité « *pathognomonique* » (Darier). — « Les syphili-
des tuberculeuses en nappe de la face peuvent être prises pour du lupus vulgaire..., elles en diffèrent par la plus grande rapidité de leur évolution, *par l'absence de tubercules transparents couleur sucre d'orge...* » (Brocq.)

M. Gougerot est beaucoup plus affirmatif encore :
« Ce diagnostic de lupus est facile si l'on y pense ; en effet, quelle que soit la forme clinique du lupus (et elles sont innombrables), qu'il s'agisse de lupus plan, élevé, squameux..., toujours on retrouve la même lésion élémentaire, *le nodule qui impose le diagnostic.* »

Ce n'est pas seulement dans les livres et les nosographies que nous trouverons la preuve de la valeur considérable, nous dirions volontiers absolue, attribuée au nodule dit lupique.

Cette valeur paraît si unanimement reconnue que l'on néglige souvent de la discuter. On la regarde comme un fait acquis et même après les travaux de MM. Nicolas et Favre, après les deux articles qu'ils ont consacrés en 1918 et en 1924 au nodule lupique et à la valeur toute relative du signe de la vitro-pression, nous trouvons dans les bulletins les plus récents de la Société de dermatologie des observations que nous reproduirons (Spillmann, Drouet et Dombrey ; Louste et Thibaut), où la conception de la valeur absolue du nodule lupique ne soulève pas la moindre objection.

Dans ces observations en effet, et nous aurions pu en donner bien d'autres, la découverte d'infiltrats nodulaires, tels que ceux que nous avons décrits, entraîne pour les auteurs le diagnostic de tuberculose cutanée.

Notre thèse a pour objet précis de prouver que le nodule dit lupique ne mérite pas la valeur qu'on lui reconnaît, qu'il n'est pas un signe indicateur absolu

de tuberculose et qu'on peut le rencontrer dans les inflammations cutanées d'autre nature, dans les lésions syphilitiques tout spécialement.

C'est en 1918 que MM. Nicolas, Favre et Saleur ont publié leur premier travail sur : « Le signe de la vitro-pression. — Sa valeur. »

Leur première observation est celle d'un malade, suivi par M. Favre, et qui fut atteint de lésions considérées comme lupiques, lésions d'ailleurs très caractéristiques à la vitro-pression. La constatation d'accidents d'autre siège et de symptômes révélateurs de syphilis fit instituer un traitement dont le résultat fut la guérison tout aussi bien des lésions nettement syphilitiques que de celles qu'un signe de la vitro-pression parfaitement caractéristique avait fait un instant considérer comme tuberculeuses.

Plus tard, M. Favre continuait à réunir des observations nouvelles qui fortifiaient sa thèse de la valeur toute relative du signe de la vitro-pression. Il les réunissait dans l'article publié en 1918, depuis il en a recueilli d'autres que l'on peut lire dans l'article qu'il a publié avec M. Nicolas dans le *Paris-Médical* du 15 mars 1924.

Notre thèse en apporte d'inédites. Ce sont ces documents que nous allons d'abord citer.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Recueillie par M. le Professeur Agrégé FAVRE, extraite de la *Presse Médicale* du 24 juin 1918. — Le signe de la vitro-pression. — Sa valeur, par MM. NICOLAS, FAVRE et SALEUR.

« Il s'agissait d'un homme porteur d'un vaste placard infiltré et ulcéré occupant une des régions scapulaires. Cette lésion cutanée surélevée, mamelonnée, ulcérée par places, avait été regardée comme de nature lupique. Le signe de la vitro-pression était d'une grande netteté, surtout au niveau des soulèvements papuleux qui accidentaient la surface éruptive. En ces points, la vitro-pression montrait, dans l'épaisseur du derme, des infiltrats nettement circonscrits, de teinte marmelade de pommes.

L'aspect fortement congestif des lésions, la fermeté du rebord des ulcérations, dont le fond rappelait l'aspect luisant des gommès, la découverte à l'inspection du malade de lésions syphilitiques indubitables d'autre siège : syphilides circonscrites de la cuisse, orchépididymite dure bilatérale, la notion d'un chancre antérieur du fourreau à cicatrice typique, nous parurent des éléments suffisants pour infirmer le diagnostic de tuberculose cutanée. Soumis au traitement spécifique mixte, le malade guérissait en trois semaines.

La biopsie nous permit de constater dans les lésions de cette syphilide tuberculo-ulcéreuse des cellules géantes et des amas épithélioïdes circonscrits, noyés dans un infiltrat dermique dense. »

OBSERVATION II

(Recueillie par MM. FAVRE et SALEUR. Extraite de la *Presse Médicale*, 24 juin 1918.)

« Ce malade était entré dans le service de dermatologie de l'un de nous pour une lésion chronique ulcéreuse de la face, qualifiée de lupus.

Ce diagnostic lui ayant paru très critiquable, Saleur nous conduit le malade.

La lésion décrit un large cercle qui occupe les régions frontale, temporale et malaire du côté droit. Elle suit une marche excentrique et tend à guérir au centre pour ne rester active qu'au niveau de sa bordure qui, en certains points, présente des infiltrats papuleux durs, parfois ulcérés. Au niveau de la région frontale, cependant, la lésion cutanée reste, sur une large surface, infiltrée et rouge, légèrement mamelonnée, finement squameuse. Sur cette surface, comme au niveau de la bordure, la vitro-pression met en évidence dans le derme, des nodules circonscrits de teinte sucre d'orge, ayant tous les caractères objectifs des nodules lupiques.

Instruits par l'observation du cas précédent, nous nous gardons de conclure à la nature tuberculeuse de l'affection sans autre preuve. L'examen du malade nous révèle l'existence d'une leucoplasie commissurale et d'une fixité pupillaire complète, sans autre signe de lésion nerveuse.

Ces stigmates, une réaction de Wassermann positive, ainsi d'ailleurs que l'aspect et la marche des lésions cutanées, nous font porter le diagnostic de syphilis.

Soumis au traitement conjugué, le malade guérit en quinze jours. »

OBSERVATIONS III et IV

(Recueillies par M. FAVRE, déjà publiées dans la *Presse Médicale*, du 24 juin 1918.)

(III). — « La première de ces observations a trait à un soldat dirigé sur l'ambulance avec le diagnostic de lupus du nez et soigné sans succès depuis quatorze mois par l'ignipuncture et les applications de chlorure de zinc.

La lésion occupait la face latérale gauche du nez. A tendance cicatricielle à sa partie centrale, elle était bordée, à sa périphérie, d'ulcérations lenticulaires, creusées en tissu ferme, et recouvertes de croûtes dures.

Il existait des lésions endo-nasales dont nous n'avions pu faire commodément l'examen, mais qui avaient abouti à l'effondrement du cartilage gauche de l'aile du nez, et à la déviation de la pointe du nez vers la gauche. La circonscription des lésions, leur tendance cicatricielle avec progression périphérique, la dureté de la bordure, l'effondrement du cartilage, l'absence de ganglions, nous firent porter le diagnostic de syphilis.

Soumis au traitement conjugué d'épreuve, ce soldat guérissait rapidement et complètement.

Dans ce cas, la vitro-pression montrait, au niveau de la bordure du faux placard lupique, des nodules circonscrits d'aspect classique.

(IV). — « La seconde observation est celle d'un soldat : P. L., envoyé également avec le diagnostic de lupus.

Dans les antécédents de cet homme, nulle trace de contamination syphilitique.

La lésion dont il est porteur siège au niveau de la région sacro-coccygienne. Elle est de forme orbiculaire et a débuté par un placard papuleux non ulcéré primitivement, qui s'est agrandi par sa périphérie en guérissant dans ses parties centrales.

Le début de l'affection remonte à un an.

Au premier examen fait à l'ambulance, on constate que le placard éruptif à centre cicatriciel a 7 centimètres environ de diamètre.

La bordure rouge est, en certains points, à peine accusée. En trois points, elle s'élargit, forme une saillie manifeste, et présente une surface recouverte de squames assez larges, jaunâtres, au-dessous desquelles la peau infiltrée présente de petits ulcérations des dimensions d'une tête d'épingle d'acier, peu suppurantes. Pas de tuméfaction des ganglions tribulaires.

Au niveau des placards, après vaselinage et par vitro-pression, on constate dans le derme une infiltration semi-transparente de teinte sucre d'orge.

L'examen de la cavité buccale montre une leucoplasie mamelonnée très intense, occupant non seulement les zones commissurales, mais envahissant la lèvre inférieure. Le malade est petit fumeur. Wassermann franchement positif.

Ce malade guérit avec une extrême rapidité, par quelques injections de biiodure et une seule injection de novarsénobenzol. »

OBSERVATION V

(Obligeamment communiquée par M. le Professeur Agrégé SAVY. Publiée par MM. NICOLAS et FAVRE, dans le *Paris Médical*, du 15 mars 1924.)

« La malade présentait depuis trois ans un placard très étendu de la joue droite, sur lequel apparaissait avec netteté des nodules qui réunissaient tous les caractères de couleur et de translucidité des nodules lupiques typiques, schématiques. Ces nodules occupaient non seulement la bordure de la lésion, où il se montraient nombreux et vraiment cohérents, mais on en retrouvait irrégulièrement, et beaucoup plus discrètement répartis, sur toute l'étendue de la zone éruptive. Leur aspect était si typique que le diagnostic de lupus avait été porté sans hésitations ni restrictions par tous les médecins qui avaient examiné la malade.

Cette femme avait pris le parti de traiter par l'indifférence la lésion cutanée lentement progressive, dont on lui avait dit la curabilité problématique.

L'examen clinique montrait que cette malade était, par ailleurs, une syphilitique lourdement grevée de lésions viscérales diverses : glandulaires, nerveuses, cardio-vasculaires.

Elle présentait, en effet, un goitre exophthalmique, de la diplopie par paralysie du moteur oculaire externe droit, une paralysie du membre supérieur du même côté, et l'examen cardiaque révélait, en l'absence de tout rhumatisme antérieur, une insuffisance aortique symptomatique d'une aortite de même étiologie que l'atteinte glandulaire et les lésions nerveuses,

Un traitement approprié ne tardait pas, à la grande surprise de la malade, à substituer à « son lupus », une légère cicatrice libérée de tout reliquat de la longue inflammation cutanée antécédente. »

OBSERVATION VI

(Obligamment communiquée par M. le Prof. Agrégé Savy.)

Nous ne retiendrons de cette observation, par ailleurs très intéressante, que les constatations relatives au sujet qui fait l'objet de notre thèse.

Le diagnostic résumé de la malade a été ainsi rédigé par M. Savy :

Diagnostic résumé : *Manifestations cutanées : (pseudo lupus de la face) et osseuses : (spina ventosa de l'index droit, ostéite du radius) de nature syphilitique.*

Tabès incipiens. Réaction de Wassermann très positive
Guérison des lésions cutanées et osseuses par les médications antisiphilitiques.

Nous nous bornerons à citer la partie de l'observation concernant les lésions cutanées.

« A la face, dans la région frontale et au niveau du nez, on constate des lésions cutanées qui présentent tous les caractères du lupus en évolution. En certains points, il existe un mélange de lésions infiltrées et de lésions ulcérées suppuratives. Les lésions infiltrées examinées avec une plaque de verre, par vitro-pression, montrent avec une grande netteté la présence de nodules jaunâtres caractéristiques.

A l'avant-bras droit, on retrouve également des lésions de même type, infiltrées et ulcéreuses. A l'exploration du squelette, le radius paraît soufflé ; sa palpation n'est pas douloureuse. »

Ces lésions, d'aspect tout à fait lupique, ont guéri complètement sous l'influence des médications anti-syphilitiques.

OBSERVATION VII

(Recueillie dans le service de M. le Professeur NICOLAS.)

Mme P..., 70 ans, vient à l'hôpital pour des lésions cutanées des avant-bras.

La malade n'a pas connu ses parents.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — A 14 ans, bronchite. Mariée, la malade n'eut pas d'enfant, mais une fausse couche de quatre mois et demi à l'âge de vingt ans. Son mari est mort de grippe infectieuse.

Depuis dix ans, la malade tousse et expectore tous les hivers. Il y a sept ans, elle se mit à souffrir de céphalées violentes à prédominance nocturne.

Peu après apparurent sur les avant-bras des lésions cutanées rouges. En même temps, la vue se mit à baisser. La malade fut soignée, pour cela, par le Professeur Rollet, par

du sirop de Gibert et des frictions mercurielles. Malgré le traitement, la vue continua à baisser et actuellement la malade y voit juste pour se conduire ; elle ne peut ni coudre ni lire.

Quant aux lésions cutanées, elles diminuèrent sous l'influence du traitement mercuriel, mais présentent toujours des alternatives d'extension et de régression. Ces derniers temps, les lésions s'étant légèrement accentuées, la malade entre à l'hôpital.

A L'ENTRÉE :

Au membre supérieur gauche, au niveau du bord externe et de la face antérieure de l'avant-bras, immédiatement au-dessous du pli du coude et sur une étendue d'une paume de main, on observe des lésions nodulaires rouges. Les nodules plutôt durs, saillants sous la peau qu'ils soulèvent, atteignent des dimensions qui varient entre celles d'une lentille et celles d'un petit pois.

L'aspect des lésions est polycyclique ; on note également à leur niveau des petites cicatrices blanchâtres, en moins grand nombre que les nodules.

L'examen à la vitro-pression décèle de petites taches brunâtres, couleur sucre de pomme, semblables à celles des lupus nodulaires.

Au membre supérieur droit, on note, sur toute la hauteur de l'avant-bras, des cicatrices blanchâtres en très grand nombre. Certaines de ces cicatrices présentent un aspect arrondi, d'autres sont plutôt étalées.

Du côté externe de la face antérieure de l'avant-bras, un peu au-dessous du pli du coude, on trouve quelques nodules rougeâtres donnant à la vitro-pression les mêmes taches couleur sucre de pomme, que les lésions du membre opposé.

L'exploration ne révèle aucune lésion osseuse ou articulaire.

Au point de vue général :

Au niveau des deux poumons, la sonorité est diminuée au sommet et à la base, mais on ne note pas de bruits surajoutés, même après la toux.

Les bruits du cœur sont normaux,

Système nerveux : Les réflexes rotuliens sont plutôt vifs ; les réflexes achilléens et plantaires sont conservés.

Au niveau des yeux : Cataracte double ; la pupille droite est petite et ne réagit pas à la lumière, la pupille gauche est élargie et réagit faiblement à la lumière.

Urines : ni sucre, ni albumine.

Pas de température.

La malade est soumise au traitement ioduré. Les lésions régressent, puis guérissent complètement.

OBSERVATION VIII

(Publiée par M. PAUTRIER, dans le *Bulletin de la Réunion dermatologique et syphiligraphique de Strasbourg*, séance du 20 mars 1921, in *Bulletin de la Société française de dermatologie*, n° 4, 1921.)

Syphilides tertiaires lupiformes de la face, remarquablement confluentes et simulant un lupus tuberculeux.

« Lætitia B..., âgée de 44 ans, est arrivée dans notre service au mois de décembre dernier. Rien d'intéressant n'est à noter dans ses antécédents. Elle n'a jamais été malade et a eu six enfants, dont un est mort, de cause inconnue, à l'âge de trois semaines, et dont les cinq autres sont bien portants.

La dermatose pour laquelle elle vient nous consulter a débuté il y a deux ans et demi, par des « boutons » sur le devant de la poitrine, partiellement recouverts de croûtes. Peu après, se formaient des lésions analogues aux deux bras, puis à la face.

A son entrée dans le service, l'éruption occupe la quasi-totalité du cuir chevelu et de la face et les deux bras, tandis que le devant de la poitrine présente des cicatrices, reliquat de l'éruption antérieure, la première en date.

Les lésions du cuir chevelu occupent la presque totalité du vertex et des régions pariétales, respectant la région occipitale. Elles sont constituées par un mélange de cicatrices et de lésions érythémateuses, infiltrées, recouvertes par une carapace croûteuse, que traversent les cheveux, qui sont abondants, sauf naturellement au niveau des cicatrices.

La face est prise dans sa totalité, à l'exception des paupières inférieures et du pourtour de la lèvre inférieure. L'éruption est constituée par une vaste nappe érythémato-squameuse, qui englobe également la conque des oreilles et déborde la branche du maxillaire inférieur, pour mordre sur la partie supérieure du cou. Le tout forme une masse qui fait saillie de 3 à 4 millimètres sur la peau saine. De cette nappe rouge uniforme se détachent de gros tubercules, d'un rose jaunâtre, séparés par des sillons plus ou moins profonds. Un grand nombre de ces gros tubercules sont recouverts d'un enduit squamo-croûteux d'un blanc plâtreux, tirant un peu sur le jaune. D'autres, recouverts seulement par un épiderme aminci, sont de couleur rose jaunâtre ; quelques-uns présentent à leur surface de fines varicosités ; ils sont de consistance molle et la pointe d'un scarificateur y pénètre avec facilité. Par places encore, on note des croûtes, dont les dimensions varient de celles d'une grosse tête d'épingle à celles d'un haricot, et qui confluent par endroits, pour former un revêtement uniforme. De même qu'au cuir chevelu, ces croûtes sont adhérentes et leur ablation découvre un derme exulcéré, qui saigne facilement.

A la périphérie de cette immense nappe d'infiltration qui couvre la face, vers le cou et le menton, on trouve de gros tubercules isolés, nettement circonscrits, arrondis, recouverts de croûtes.

Le devant de la poitrine et la région des seins offrent des cicatrices blanchâtres, dépigmentées, vergeturoïdes, par endroit entourées d'une zone érythémateuse.

Les bras, sur leurs faces antérieure, latérale et postérieure offrent deux vastes placards symétriques débordant jusque sur la partie supérieure de l'avant-bras. Là encore, on trouve une vaste nappe d'un rouge sombre, saillante au-dessus des

tissus sains, presque complètement recouverte par des squames stratifiées et des croûtes formant carapace. Le contenu de ces plaques est nettement arrêté et circonscrit. Là encore, les lésions sont formées par la confluence en nappe d'énormes tubercules, dont on retrouve quelques-uns isolés, à la périphérie, de la grosseur d'un gros pois vert et même d'un haricot blanc.

La malade ne présente rien au niveau des muqueuses. Aucune lésion viscérale. Bon état général.

L'aspect de la malade, avant qu'elle ne se déshabillât, et lorsqu'on considérait seulement la face, était absolument impressionnant en faveur d'un lupus tuberculeux. Cette immense nappe d'infiltration couvrant la totalité du visage, dont la couleur allait du rouge au rose jaunâtre et qui s'était développée en deux ans et demi, les gros tubercules saillants, jaunâtres, recouverts de varicosités, mollasses, se laissant dilacérer avec la plus grande facilité par la pointe du scarificateur, s'ulcérant par places pour se couvrir de croûtes, offraient un tableau assez exact du lupus myxomateux.

Ce diagnostic paraissait si évident qu'il fut fait, à la consultation par nos assistants, et qu'on put même faire aux stagiaires la démonstration des caractères du tubercule lupique : rougeur disparaissant à la pression pour laisser une teinte jaunâtre, ambrée, mollesse, dilacération facile au scarificateur.

Par contre, l'examen complet de la malade venait aussitôt fournir des arguments probants en faveur de la spécificité : les lésions étendues du cuir chevelu, si inhabituelles dans le lupus tuberculeux, les placards des bras avec leurs contours circonscrits, et surtout la présence de cicatrices au niveau de la poitrine, cicatrices survenues spontanément et totales, complètement inhabitées.

La malade, d'autre part, niait toute infection antérieure, et ses six grossesses venues à terme, les cinq enfants bien portants, semblaient contredire l'hypothèse de spécificité.

Néanmoins, l'analyse minutieuse des lésions du corps nous confirmait dans notre diagnostic de syphilis que venait certifier une réaction de B.-W. positive.

La malade fut mise au traitement spécifique. Du 30 novembre au 12 janvier, elle a reçu un total de 4 gr. 20 de novarsénobenzol et 7 injections de calomel à 0.05, puis 0,07, puis 0,10. Nous avons donné le choix à ce composé mercuriel qui nous paraît avoir conservé des indications primordiales dans le traitement de la syphilis tertiaire. »

A la séance du 20 mars 1921, l'auteur présentait la malade guérie : « Tout le visage est nettoyé, il ne présente plus trace de tubercules, mais une teinte pigmentaire cuivrée généralisée parcourue de tractus cicatriciels blanchâtres. Le cuir chevelu ne présente plus de lésions. Les lésions des bras sont également cicatrisées. »

OBSERVATION IX

(Rapportée par M. THIBIERGE, à la *Réunion dermatologique de Strasbourg*, séance du 20 mars 1921.)

A propos de l'observation précédente, M. Thibierge rapporte le cas d'une « malade diabétique qui présentait des lésions lupiformes d'un rouge jaunâtre, devenant jaune abricot à la vitro-pression et de consistance mollasse. Ces lésions dataient de quelques mois, le traitement antisyphilitique les fit disparaître rapidement ».

OBSERVATION X

(Recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé FAVRE.)

Résumé. — *Syphilides lupiformes du nez. — Syphilides tertiaires des membres inférieurs ; aspect sclérodermique post-ulcéreux avec rétraction des tissus, réalisant à gauche une véritable jambe ficelée syphilitique.*

Périostite ancienne du tibia prise pour une périostite tuberculeuse et traitée par une trépanation.

Réaction de Wassermann très positive.

Guérison rapide par le traitement de tous les accidents et spécialement du pseudo-lupus de la face.

M. M..., 36 ans, vient du service du Docteur Bérard, où il avait été envoyé pour lupus du nez et lésions osseuses de la jambe gauche.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père mort subitement à 69 ans ; mère morte à 72 ans d'affection inconnue.

ANTÉCÉDENTS COLLATÉRAUX. — Cinq frères et sœurs ; l'un d'eux mort à 13 ans de méningite ; un autre vers 32 ans de tuberculose pulmonaire ; une sœur morte vers 40 ans d'affection non identifiable : elle portait depuis l'enfance un ulcère de jambe ; un autre frère mort à 48 ans de broncho-pneumonie. Actuellement survit une sœur de 40 ans, bien portante.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Dans l'enfance, le malade ne se rappelle autre chose qu'une « fièvre muqueuse, » pour laquelle il resta trois semaines à l'hôpital.

A 19 ans, il eut une bronchite qui nécessita un séjour d'un mois à l'hôpital ; le malade en resta affaibli et facilement essoufflé.

Il fit cependant deux ans de service militaire, en Tunisie et au Maroc ; dans ce dernier séjour : poussée diarrhéique d'une dizaine de jours qui ne paraît pas avoir nécessité de médication spécifique et fut traitée simplement par l'opium.

En Tunisie, il contracta une blennorragie qui dura quinze jours.

A l'âge de 24 ans, le malade eut, dans le sillon balano-préputial une poussée d'accidents ulcéreux qui durèrent une quinzaine de jours, accompagnés d'une adénite inguinale. Le malade ne donne pas de grandes précisions sur cette affection. Il parle de boutons multiples qu'il traita par de la pommade.

Il se maria la même année ; sa femme est actuellement atteinte d'une affection hépatique : pas de fausse-couche ; deux enfants de 7 et 10 ans bien portants.

L'année suivante, au niveau du tibia droit, à sa partie moyenne, apparut un gonflement que le malade attribua à des traumatismes professionnels. Les douleurs et le gonfle-

ment s'accroissant, après un traitement par des bains de mer et de soleil, on décida une trépanation de l'os qui fut suivie d'une guérison opératoire rapide. Mais, dès avant la cicatrisation, survinrent des éruptions arrondies aboutissant à la suppuration et finissant par se combler, en même temps qu'apparaissaient au voisinage des éléments semblables.

A la jambe gauche, des accidents analogues commencèrent avant la guérison spontanée de la jambe droite.

En 1914, le malade, porteur d'ulcérations des deux jambes, fut réformé.

Il y a 5 mois, dans le sillon naso-génien droit, se montra un petit bouton qui fut gratté et écorché. L'aile du nez de ce côté, puis le nez tout entier et la région voisine furent peu à peu envahis par des papules indurées, rouges squameuses. Leur apparition aurait été précédée d'une coryza intense et d'hémorragies nasales.

ACTUELLEMENT (5 mai 1924) :

Au niveau du nez : aspect érythémateux de toute sa surface, respectant le rebord des ailes, remontant, sur la joue, sous la paupière droite. Par places, on voit et on sent au palper des nodules du volume d'une grosse tête d'épingle, recouverts çà et là de croûtes plus ou moins épaisses. Ailleurs la peau, quoique rouge, est souple ; mais le malade précise qu'elle était dure et infiltrée il y a quelques semaines.

Au milieu de la jambe droite, on retrouve les traces de la trépanation tibiale, sous forme d'une dépression allongée d'une dizaine de centimètres et dont le fond est adhérent à l'os. A son extrémité inférieure, le tibia est boursoufflé. Au voisinage, sur la peau, cicatrices circonscrites polycycliques, brunâtres, reliquats de lésions cutanées guéries spontanément.

Au niveau du membre inférieur gauche, à la face interne de la cuisse, tout près du condyle interne, on remarque une lésion dont le début remonte à 18 mois ; elle a commencé, comme les autres accidents des deux jambes, par un bouton violacé qui s'est écorché, a laissé place à une ulcération qui a progressé périphériquement en se cicatrisant au centre. Il persiste aujourd'hui un rebord supérieur et un rebord inférieur de couleur violacée, couverts de croûtes qui tombent.

facilement, le centre de la lésion ayant un aspect cicatriciel.

Au niveau de la jambe gauche, un vaste placard occupe la face interne, débordant en arrière la ligne médiane et en avant la crête tibiale, depuis la malléole interne jusqu'au milieu du tibia. Au centre la peau est amincie et cicatricielle; sur le pourtour elle se fonce jusqu'au rebord qui est violacé, en même temps qu'elle s'épaissit notablement ; çà et là, lésions pustuleuses, petits abcès sous-cutanés, ulcérations de petit diamètre. Le tibia sous-jacent a une surface irrégulière : il est augmenté de volume sur son bord interne, érodé en avant, fortement épaissi au dessus de la malléole. Vers le tiers supérieur de la crête, petite tuméfaction douloureuse.

La deuxième phalange du médius droit présente à sa base un élargissement et un épaississement douloureux datant de 3 mois.

L'examen viscéral est négatif.

Les réflexes oculaires, rotuliens et achilléens sont normaux.

Tension artérielle : 11,5-8,5.

Le 9 mai : le Docteur Favre ajoute ces quelques détails à l'observation :

La vaste lésion de la jambe gauche présente un caractère particulier. Elle a produit une véritable atrophie des parties molles, une rétraction avec aspect sclérodermique. L'ulcération a progressé excentriquement, ainsi que le rapporte l'observation. Les lésions en activité sont en bordure. Elles sont représentées par de petites gommes dont les dimensions varient entre celles d'une forte tête d'épingle à celles d'un pois et recouvertes de croûtes plus ou moins épaisses. Ces petites gommes ne forment pas une bordure continue ; en nombre de points le placard est simplement érythémateux et tranche par son infiltration sur la peau saine de voisinage.

Dans la région malléolaire, le placard en voie d'atrophie a une surface irrégulière. Il est accidenté de petites saillies de coloration plus vive que l'on sent parfaitement au doigt et qui sont en relief sur le reste du placard.

Le fait le plus important est qu'au centre même de la plaque, sur une surface large comme une paume de main, les téguments sont adhérents à l'os, rétractés ; ils ont pris un

aspect jaunâtre sur lequel tranchent des zones de coloration plus claires, blanchâtres, légèrement irrégulières et légèrement pigmentées à leur périphérie. Ces zones blanches représentent d'anciennes ulcérations actuellement guéries, entourées d'une peau, épaissie et franchement sclérodermique. Cette atrophie post-éruptive est extrêmement nette et la dépression des téguments à son niveau est le fait qui frappe tout d'abord à l'examen du malade.

Les lésions de la face ont absolument l'aspect des syphilitiques acnéiques d'Horand. Il existe une infiltration diffuse. Sur cette nappe d'infiltration tranchent des nodules aussi nets à la palpation qu'à la vue, tantôt isolés et de la grosseur d'une forte tête d'épingle en verre, tantôt groupés et dessinant à la périphérie de la lésion des fragments de cercle dont les circins bordent d'une façon à peu près continue le côté droit du placard éruptif.

Au niveau des membres inférieurs, la tendance à la sclérodermie n'existe pas partout ; c'est ainsi qu'au niveau du mollet droit, les lésions ulcéreuses ont persisté environ 18 mois, elles ont laissé des cicatrices très apparentes, pigmentées à leur périphérie, et blanchâtres au centre, mais sans que la rétractilité et l'aspect sclérodermique y soient nets comme à gauche.

La vitro-pression montre sur le nez de larges nappes au niveau desquelles la peau prend une coloration jaunâtre, lard ranci.

Au niveau des jambes, on trouve quelques infiltrats plus discrets, plus clairs à la vitro-pression.

Le 25 mai, le Docteur Favre résumait ainsi le résultat du traitement :

Le traitement a produit une amélioration rapide des diverses lésions.

Actuellement le placard de la face est totalement désinfiltré, même en bordure où les nodules qui limitaient la lésion ne font, pour ainsi dire, plus aucune saillie ; il est beaucoup moins rouge qu'il n'était auparavant et l'aspect lupique est infiniment plus marqué. Sur le bord droit du nez, dans le sillon naso-génien, les tubercules étagés ont aujourd'hui un aspect jaunâtre, visible même sans vitro-pression et qui

devient beaucoup plus manifeste lorsque l'on appuie avec la lame de verre ; on voit alors un infiltrat nodulaire de teinte claire (marmelade de pommes), aussi net que dans le plus typique des lupus. Sur le dos du nez, on voit à la vitro-pression de vastes nappes de teinte lardacée, jaunâtre. A la pointe du nez, les infiltrats nodulaires reparaissent isolés.

Les lésions de la jambe sont à peu près complètement cicatrisées ; l'aspect sclérodermique déjà signalé plus haut est extrêmement net.

Le 20 novembre, le malade confirmait sa guérison dans cette lettre adressée au Docteur Favre :

« Je suis heureux de vous dire que, telle que vous me l'avez rendue, ma santé est restée bonne. Ma jambe est solide, mon nez est beau et j'ai un appétit de bête féroce, surtout lorsque j'absorbe la potion que vous avez prescrite à mon départ de l'Hôtel-Dieu. »

Le 24 novembre, le malade se présente à la visite, ses lésions sont complètement guéries.

OBSERVATION XI

(Recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé FAVRE.)

Résumé. — *Purpura gangreneux syphilitique des membres inférieurs. — Lésions syphilitiques cutanées polymorphes ; syphilides circinées superficielles non ulcéreuses, syphilides ulcéreuses, syphilides à cicatrisation chéloïdienne.*

Constatations au niveau des nombreuses lésions cutanées d'infiltrats donnant par la vitro-pression une teinte sucre d'orge.

Réaction de Wassermann très positive.

Guérison rapide par le traitement.

M^{lle} C..., 18 ans, vient à l'hôpital pour des lésions cutanées des deux jambes, dont un ulcère de la jambe gauche.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES ET COLLATÉRAUX. — Père et mère en bonne santé, trois frères et sœurs bien portants, une sœur morte accidentellement.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Aucune affection dans l'enfance. Régulièrement réglée depuis l'âge de 15 ans.

L'affection actuelle aurait commencé il y a près d'un an. Le début se fit au niveau de la région bicipitale droite par un petit bouton rouge qui s'agrandit et s'ulcéra. L'évolution de la lésion, qui se fit excentriquement, tandis que le centre se cicatrisait, dura plusieurs semaines, mais la malade ne donne pas beaucoup de précisions à ce sujet.

De nouveaux éléments sont apparus sur la cuisse droite, la cuisse gauche, la jambe droite, puis la jambe gauche. La formation d'un large ulcère de la jambe droite, qui a évolué en un mois, a déterminé la malade à venir à l'hôpital.

ACTUELLEMENT :

Au point de vue général : jeune fille de petite taille, pesant 54 kilos, d'aspect général satisfaisant.

L'examen viscéral montre peu de chose.

Poumons. — Respiration normale partout.

Cœur. — Pointe dans le 4^e espace. On trouve un souffle systolique à la base et à la pointe sans autre modification du rythme.

Tension artérielle : 12-7,5. L'aorte est perçue derrière la fourchette sternale.

Rate perceptible.

Appareil digestif. — Rien à signaler.

Système nerveux. — Tous les réflexes sont normaux.

L'aspect actuel des lésions cutanées est le suivant :

La première en date, au niveau du bras droit, est totalement cicatrisée. Bordée par un bourrelet festonné, induré, çà et là en relief notable, de couleur rouge, violacée par endroit, la plaque cicatricielle est sillonnée de tractus blanchâtres de consistance fibreuse qui la divisent en segments irréguliers. La dimension totale est celle d'une paume de main.

A la face antérieure de la cuisse droite se trouve une plaque analogue, mais plus petite, son contour est plus régulièrement polycyclique. Le centre est blanc, atrophique. A la périphérie, on sent des nodules sous-dermiques ; sur un point, on a l'aspect typique des lésions tertiaires. A quelques centimètres au dessous, médaillon isolé de couleur cuivrée.

A la face interne de la cuisse gauche, autre médaillon similaire. A la face antérieure, cicatrice ovalaire très atrophique de la dimension d'une pièce de 2 francs.

A la face interne des deux cuisses existent d'autres cicatrices, très anciennes, sur lesquelles la malade ne fournit aucun renseignement.

La lésion de la jambe droite est la plus importante : il existe deux ulcères, séparés par un pont cutané, de la dimension totale d'une paume de main, à cheval sur le tibia, à 10 cm. au dessous de la malléole interne.

Le fond est rouge, bourgeonnant. Par endroits, lambeaux noirâtres de nécrose. L'aspect général est gangréneux, l'odeur très fétide.

Tout autour, sur une largeur de 1 à 3 cm., les téguments sont épaissis, violacés, durs ; par places, nodules de la dimension d'un pois ; ailleurs, lésions arrondies avec bourlet périphérique.

La crête tibiale paraît épaissie et surélevée.

Sur la jambe gauche, il n'existe pas d'ulcérations, mais des lésions d'aspect varié : large plaque infiltrée au dessus de la malléole externe ; une autre au dessus de la malléole interne ; médaillons au tiers supérieur de la jambe ; petit nodule, rappelant l'érythème induré, sur la face externe.

Toutes ces lésions sont absolument indolores ; l'ulcération elle-même s'est produite et s'est agrandie sans douleur.

Dans les antécédents personnels de la malade, on ne retrouve aucune porte d'entrée de l'infection syphilitique et aucun symptôme primaire ou secondaire.

Notes du Docteur Favre :

26 mai. — L'aspect des lésions de la partie inférieure des deux jambes diffère profondément de celui des autres lésions.

A droite, on est en présence de vastes ulcérations gangréneuses qui ont progressé depuis l'entrée et qui sont en voie de réunion pour former une ulcération unique. Ces ulcérations sont creusées dans un tissu violacé, purpurique, dur. Elles sont bordées en certains points, par un ourlet plus ou moins large de sphacèle gangréno-purpurique, tantôt punctiforme, tantôt étendu sur une longueur de 1 ou 2 cm. ; ces points de sphacèle gangréno-purpurique paraissent être le mode de progression de ce phagédénisme extensif.

Du côté gauche, il n'y a pas d'ulcération, mais l'aspect des lésions est celui d'une large plaque dure, infiltrée, purpurique et violacée, qui donne l'impression d'un véritable infarctus cutané.

C'est sur de pareils téguments profondément infiltrés par des hémorragies intertitielles que s'est produit le sphacèle gangréneux de la jambe droite.

30 mai. — Les lésions ulcérées dégagent une odeur putrilagineuse très intense.

Au dessus des larges ulcérations gangréneuses, on trouve à la palpation de la face interne du mollet, un cordon dur que l'on peut suivre sur 4 à 5 cm. et qui donne l'impression d'être une veine épaissie.

On trouve à côté des lésions profondes, infiltrées et purpuriques, d'autres lésions de type très différent.

A la face antérieure de la jambe gauche, on rencontre des syphilides circonscrites superficielles, dont certains éléments ont la configuration du pavillon de l'oreille, d'autres sont arrondis et ont la dimension d'une pièce de cinq francs environ. Ces syphilides superficielles progressent excentriquement et sont bordées d'un petit anneau érythémateux pigmenté. D'autres éléments de ce type se retrouvent à la face interne des deux cuisses.

D'autres lésions sont représentées par de larges placards ravinés par de profondes brides fibreuses, donnant à la peau l'aspect chéloïdien. Dans ces placards, on retrouve des infiltrations étendues de teinte rouge brunâtre prenant à la vitropression une teinte jaunâtre, marmelade de pommes, aussi typique que dans le loup. Ces larges éléments représentent des syphilides infiltrées à cicatrisation chéloïdienne.

Une troisième variété d'éléments est caractérisée par des cicatrices dépigmentées à leur centre, pigmentées à leur périphérie, légèrement chéloïdiennes et qui sont le reliquat d'accidents ulcéreux dont la malade précise mal l'évolution.

L'affection paraît bien être de nature héréditaire ; cependant on ne retrouve aucun stigmate bien net, sauf la petitesse de taille de la malade. Il n'existe pas d'altération dentaire, la voûte palatine est normale. Traces de kératite ancienne.

28 juin. — Après traitement antisypilitique :

La malade est en pleine cicatrisation. La plupart des lésions sont en régression rapide.

La vaste plaque de la jambe gauche, purpurique et indurée, vire au brun et se rétrécit de jour en jour en même temps qu'elle se désinfiltre.

La lésion chéloïdienne de la face antérieure de la cuisse droite s'est affaïssée ; elle blanchit de plus en plus ; on n'y trouve plus que quelques rares nodules.

17 juillet. — Interrogatoire de la mère. — Il faut noter dans les antécédents de la malade que sa mère a perdu deux enfants nés avant terme ; qu'une sœur a été soignée dans le service du Professeur Rollet pour une kératite interstitielle par des injections intraveineuses. — Il y a deux ans, la malade eut elle-même de l'hyarthrose à bascule pour laquelle on prescrivit des massages.

19 juillet. — La malade est complètement cicatrisée.

La vaste ulcération de la jambe droite a laissé une cicatrice dépigmentée au centre, pigmentée à la périphérie. Le placard purpurique sur lequel elle siégeait présente maintenant une variété de teintes qui vont de la coloration aubergine à la teinte lilas. Il s'est désinfiltré nettement, il en est de même du placard du côté gauche dont les teintes se sont modifiées, dégradées et passent par toute une gamme de colorations allant du brun sombre au violet clair.

Les lésions circonscrites du tiers supérieur de la jambe gauche ont disparu.

Le placard chéloïdien et infiltré de la partie supérieure

de la cuisse droite s'est affaissé ; il ne persiste plus que quelques rares nodules lupiformes ou pigmentés sur la vaste surface qui, primitivement, était saillante, largement infiltrée.

La lésion du bras droit présente encore de l'infiltration de teinte marmelade de pommes qui siège sur une assez large surface en bordure de sa partie inférieure.

CHAPITRE IV

Etude critique des Observations.

Nodules sucre d'orge et lésions syphilitiques.

Les observations que nous venons de citer ne laissent aucun doute sur l'existence dans les lésions syphilitiques, d'infiltrats nodulaires circonscrits ou diffus présentant l'ensemble des caractères du nodule que l'on considérerait autrefois comme caractéristique des lésions tuberculeuses.

Nous ne voulons pas examiner une à une ces observations que nous avons rapportées aussi complètement que possible et dont la lecture est pleinement démonstrative.

Il est des cas (observation I) où l'aspect objectif était si bien celui du lupus que le diagnostic ne fut rectifié que par la constatation de lésions syphilitiques d'autre siège. La guérison rapide venait bientôt prouver que le prétendu lupus n'était autre chose qu'une nappe de syphilides lupiformes.

Plusieurs de nos malades avaient été soumis à l'observation de médecins versés dans l'examen des lésions cutanées. On avait conclu au lupus jusqu'au jour où la coexistence d'autres manifestations, le plus souvent viscérales, faisait rechercher et découvrir la syphilis et instituer un traitement aussi rapidement curateur qu'avaient été inefficaces les thérapeutiques antérieures.

L'observation que nous empruntons à M. Pautrier est, à la lecture, assez démonstrative pour se passer de commentaire. Les lésions de la face étaient si typiques que les assistants du Professeur de Strasbourg les avaient montrées à leurs élèves comme absolument caractéristiques de lupus. Ce cas de démonstration était en réalité un cas de syphilis.

Il nous permet une constatation que MM. Nicolas et Favre n'avaient pas faite à propos de leurs observations. Ces auteurs se sont attachés à signaler que l'aspect sucre d'orge des nodules dits lupiques n'était pas caractéristique et qu'il pouvait être trompeur. En est-il de même des autres caractères du nodule, de sa mollesse par exemple ? — L'observation de M. Pautrier nous permet de répondre à la question. Les tubercules de sa malade se laissaient « *dilacérer avec la plus grande facilité par la pointe d'un scarificateur* ».

Nous pouvons donc tirer de nos observations la conclusion suivante :

Le nodule dit lupique peut se rencontrer au sein de nappes d'inflammations cutanées produites par la syphilis. Il y apparaît avec tous les caractères que l'on

était convenu de réserver au seul tubercule lupique. La présence d'infiltrats de teinte sucre d'orge ne saurait permettre de trancher avec une entière certitude, à propos d'une lésion cutanée, le problème du diagnostic différentiel de sa nature tuberculeuse ou syphilitique.

Les faits que nous rapportons sont-ils entièrement nouveaux ? Nous n'aurions garde de l'affirmer. On avait entrevu, avant les travaux qui servent de fondement à cette thèse, l'existence d'infiltrats nodulaires dans la syphilis et l'on distinguait le tubercule syphilitique du nodule lupique.

Citons, pour le prouver, ce que nous trouvons écrit, à ce sujet, dans la littérature :

Pautrier admet cette distinction classique : « *Les tubercules syphilitiques sont toujours plus foncés, de couleur jambon ou cuivre et de consistance très ferme, alors que les tubercules lupiques sont plus pâles, jaunâtres et de consistance molle, se laissant traverser facilement par un instrument piquant.* »

Brocq signale que « *le tubercule lupique ne ressemble pas tout à fait à l'élément syphilitique ; il est plus jaune, plus transparent ; il se laisse beaucoup plus facilement dilacérer* », et dans un autre chapitre du même auteur, nous trouvons cette description : « *La lésion élémentaire de la syphilide tuberculo-squameuse tertiaire est constituée par un tubercule infiltrant profondément le derme, d'un rouge brunâtre un peu cuivré ou d'un rouge jambon, dont la teinte ne s'efface que fort peu par la pression du doigt ; il*

donne au toucher une sensation nette d'induration des téguments.... »

Nous retrouvons des exposés tout à fait superposables dans tous les classiques et nous terminerons par ce passage emprunté à Dubreuilh, où l'auteur compare les lésions cutanées de la syphilis tertiaire au lupus :
« Les placards (de la syphilis tertiaire) sont plus nettement circulaires ou polycycliques et marginés ; les nodules qui en forment la bordure sont plus rouges, plus fermes, moins bien limités, la lésion dans son ensemble est plus inflammatoire et sa marche est plus rapide. »

*
* *

Les observations que nous rapportons montrent que l'on aurait le plus grand tort d'exagérer la valeur des caractères distinctifs des infiltrats lupiques et syphilitiques.

Nous ne songeons pas à méconnaître que bien souvent le tubercule syphilitique est plus rouge, plus congestif que le nodule lupique ; que sa couleur est moins nettement celle de la marmelade de pommes, qu'il tire davantage sur le rouge brun ; qu'il est plus ferme, plus dur et qu'il se laisse dilacérer plus difficilement. Mais, ainsi que MM. Nicolas et Favre l'ont fait observer, ce sont là des nuances.

Nous convenons aussi qu'il est des syphilides qui ne laissent voir à la vitro-pression aucun infiltrat rappelant l'infiltrat lupique. En rédigeant ces pages, nous

venons de relever dans le service de M. Favre, l'observation d'une malade atteinte de syphilides tertiaires infiltrées occupant la lèvre inférieure et les ailes du nez. Ces lésions s'accompagnent d'un épaissement considérable des tissus, d'une prise en masse des téguments de la lèvre. L'examen de cette nappe d'infiltration syphilitique sur laquelle s'élèvent des saillies, dont quelques-unes ont les dimensions d'un petit pois, ne montre aucun nodule, aucune infiltration de teinte sucre d'orge. A la vitro-pression, l'aspect des téguments est plutôt celui d'un ivoire jauni, l'aspect sucre d'orge fait tout à fait défaut.

Il s'en suit donc que nous sommes loin de refuser toute valeur à l'ensemble des caractères différentiels qu'ont mis en évidence les patientes recherches d'éminents observateurs.

Mais ces caractères différentiels ne sont pas constants. On trouve des lupus congestifs et l'on observe, par contre, des syphilides qui évoluent avec un cortège réduit de congestion vasculaire, et notre maître, M. Favre, nous a rapporté avoir observé, sur la face, des syphilides érythémato-tuberculeuses très peu infiltrées de teinte jaunâtre, parfaitement lupiformes d'aspect et qui ont guéri avec la plus grande facilité lors de l'institution d'un traitement.

Pour être vraiment pathognomonique, un symptôme ne doit pas reposer sur de simples différences de degrés, sur des nuances d'appréciation. Le problème de diagnostic qu'étudie notre thèse est trop important pour que sa solution dépende de données aussi précaires.

Nous ne saurions terminer cette étude critique par un plus bel exemple que celui que nous empruntons à l'illustre syphiligraphe de l'hôpital Saint-Louis : le Professeur Fournier. Cette observation est extraite du *Traité de la Syphilis*, dans les pages où l'auteur étudie la valeur des signes différentiels de la syphilis et de la tuberculose cutanées :

« ... Il est des syphilides de tonalité lupiforme. J'en ai même vu une (une seule dans toute ma vie, il est vrai), qui présentait un admirable type de coloration sucre d'orge, rouge jaunâtre et demi-transparente. Aussi bien, en raison de cette particularité qui, je le répète, était frappante, la lésion avait-elle été considérée par nombre de médecins comme un *lupus*. Je tombai à mon tour dans la même erreur, en bonne compagnie du reste, deux de mes collègues de Saint-Louis s'étant prononcés eux aussi pour le *lupus*. Eh ! bien, ce prétendu *lupus*, ce *lupus* typique à teinte sucre d'orge, guérit en trois semaines sous l'influence de l'iodure de potassium administré empiriquement au titre de pierre de touche. »

Faut-il s'étonner de cette similitude d'aspect objectif des lésions syphilitiques et tuberculeuses ?

Cet étonnement cesse lorsqu'allant au fond des choses, on étudie comparativement la structure histologique de l'une et l'autre inflammation.

Qu'est-ce donc, dans son essence, le signe de la vitro-pression ? — Suivant la définition donnée dans l'article de MM. Nicolas, Favre et Saleur, le signe de

la vitro-pression, d'après heureuse expression des auteurs, « n'est autre que la manifestation transcutanée visible des transformations pathologiques du derme ».

Les lésions de la tuberculose et de la syphilis présentent infiniment de points communs. Les altérations microscopiques étant très ressemblantes, quoi de surprenant si les aspects objectifs cutanés présentent une frappante similitude ?

MM. Nicolas et Favre ont insisté, nous l'avons déjà dit, sur l'existence dans les lésions syphilitiques de cellules géantes, d'infiltrations épithélioïdes que l'on ne saurait en rien distinguer des cellules géantes, des infiltrations épithélioïdes de la tuberculose.

Citons quelques lignes de leur article :

« Cellules géantes, foyers nodulaires de cellules épithélioïdes, follicules typiques aussi parfaitement différenciés que dans les tuberculoses cutanées les plus authentiques ; toutes ces formations considérées trop longtemps comme caractérisant spécifiquement les réactions des tissus à l'encontre du bacille de Koch, s'observent dans les lésions syphilitiques. »

« Ce n'est pas à l'état d'exception et fortuitement qu'on les y rencontre : elles sont constantes, et parfois si parfaitement nettes, que nous avons vu les anatomo-pathologistes les plus qualifiés reconnaître, à l'épreuve, l'impuissance dans laquelle ils se trouvaient d'établir un diagnostic microscopique différentiel. »

Certes, il est commun de voir, dans le lupus, des infiltrations épithélioïdes extrêmement étendues, et c'est la raison pour laquelle le signe de la vitro-pression s'y présente avec une si parfaite netteté et souvent sur d'aussi larges surfaces. Mais les infiltrations épithélioïdes existent tout aussi bien dans la syphilis et là encore nous n'avons pas de différence radicale, mais simplement des différences de degrés.

*
* * *

Les faits observés par MM. Nicolas et Favre, par MM. Favre et Civatte démontrent donc, avec évidence la valeur très relative du signe de la vitro-pression.

Leur premier article a été publié en 1918. Les preuves qu'ils apportaient étaient déjà tout à fait démonstratives. Leur travail confirmatif ajoute encore à la valeur probante de leurs premières observations.

Mais il est des préjugés cliniques si bien ancrés qu'ils subsistent encore longtemps à la démonstration de leur peu de valeur et du danger de leur emploi.

Le signe de la vitro-pression est un de ces préjugés dont nous dirions volontiers qu'il a la vie dure. Et ce travail n'est pas inutile après ceux de nos maîtres pour continuer le combat qu'ils ont mené.

En feuilletant les comptes-rendus de la Société de Dermatologie, nous en avons extrait deux observations, l'une datant de 1923, l'autre de cette année même, qui montrent en quelle faveur est encore tenu le signe trompeur de la constatation du nodule dit lupique par la vitro-pression.

Les deux observations que nous voulons citer ici sont celles que nous empruntons à MM. Louste et Thibaut et à MM. Spillmann, Drouet et Dombray.

OBSERVATION PUBLIÉE PAR MM. LOUSTE ET THIBAUT
dans le *Bulletin de la Société française de Dermatologie
et de Syphiligraphie*, n° 9, décembre 1923.

Lupus tuberculeux du visage d'aspect xanthomateux.

Mme P..., âgée de 39 ans, est venue nous voir à la polyclinique au mois de juin 1923, pour de petites taches du visage. La première d'entre elles est apparue, il y a 5 ans ; depuis lors d'autres se sont montrées.

Les lésions affectent surtout le front et les ailes du nez ; elles se présentent sous l'aspect suivant : nummulaires ou polycycliques, elles sont de dimensions variables d'une pièce de cinquante centimes à une pièce de deux francs ; elles présentent une partie centrale, blanchâtre, très légèrement déprimée et atrophique, et une bande périphérique absolument plane, non saillante, large de un à deux millimètres, de coloration jaune chamois. Cette teinte est d'ailleurs si peu accentuée que la moindre couche de crème ou de poudre l'a fait presque disparaître ; elle se montre au contraire avec une grande netteté à l'épreuve de la vitro-pression.

En outre, il faut noter deux macules à peine lenticulaires à l'extrémité du sourcil gauche. Elles ne présentent pas de zone atrophique centrale ; elles sont, dans toute leur étendue, uniformément jaune pâle. D'autre part, les parties internes des paupières supérieures et le centre du visage sont d'une teinte bistre très pâle que seule révèle une inspection attentive.

L'état général est assez médiocre ; de complexion chétive et grêle, la malade a présenté pendant la guerre de l'anémie cérébrale ; elle a souvent des insomnies et de la céphalée ; elle éprouve depuis deux ans des bronchites fréquentes ; l'auscultation révèle l'existence d'un souffle expiratoire

intertrachéo-bronchique et de quelques frottements râles à la base gauche.

Le cœur est normal ; il n'y a dans les urines ni albumine ni sucre.

Dans les antécédents, on relève huit grossesses ; quatre seulement sont arrivées à terme, la malade nous en donne des raisons valables. Le dernier né cependant a succombé à une broncho-pneumonie à l'âge de un an.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Examen histologique. — A un faible grossissement, l'œil est de suite attiré sur une zone allongée presque ovale. Divisée en deux parties égales par un follicule pileux, elle se distingue nettement du tissu avoisinant par un derme et un épiderme profondément **modifiés**.

L'épiderme est aminci, il ne présente aucun prolongement interpapillaire, le corps muqueux est extrêmement réduit.

La réaction dermique est plus significative : dans un tissu conjonctif assez lâche sont disséminées des cellules fusiformes à noyau bien coloré, des lymphocytes et surtout des cellules géantes. Celles-ci sont assez nombreuses et très nettes.

Nous nous abstiendrons de discuter le diagnostic de l'affection dont la malade de MM. Louste et Thibaut était atteinte. Il est certain toutefois que la configuration nummulaire et polycyclique des lésions, la légère atrophie post-cicatricielle qu'elles entraînent, l'existence de quatre fausses couches chez la malade ne sont pas des arguments négligeables.

Nous avons dit dans notre thèse que notre maître, M. Favre, avait observé des syphilides de teinte jaune, superficielles, peu infiltrées, présentant tout à fait l'aspect clinique des lésions de la malade de M. Louste.

Mais là n'est pas la question. Les auteurs écrivent à propos de leur observation que « l'évolution est lente,

l'épreuve de la vitro-pression est positive et ces deux caractères orientent l'aspect vers une tuberculose cutanée », et plus loin: « C'est le lupus tuberculeux qui devient donc le plus vraisemblable, et l'examen histologique est venu confirmer cette idée.

« En effet, le nodule dermo-épidermique décrit plus haut, est évidemment de nature bacillaire ; s'il n'existe pas de centre de caséification, ni de gros amas de cellules lymphoïdes, les nombreuses cellules géantes et la nature de l'infiltrat conjonctivo-leucocytaire peuvent être regardées comme des éléments suffisants d'appréciation. »

Il est surprenant de rencontrer encore sous la plume d'un maître de l'hôpital Saint-Louis, l'affirmation de la valeur des cellules géantes comme signature d'une lésion tuberculeuse. Les travaux devenus classiques de MM. Nicolas et Favre, auxquels M. Darier a apporté l'appui de sa très haute autorité, ne laissent aucun doute sur le peu de valeur du critérium histologique.

M. Darier écrit à propos des syphilomes tertiaires : « Tous peuvent présenter une structure hautement tuberculoïde. » (Nicolas et Favre.)

Le second argument de MM. Louste et Thibaut, tiré de l'examen des lésions par vitro-pression, n'a pas davantage de valeur. Notre thèse est entièrement consacrée à le démontrer.

Notre but en rapportant cette observation et les réflexions qu'elle nous suggère, n'est donc pas d'intervenir dans le débat clinique que pose le cas observé par MM. Louste et Thibaut, mais de montrer l'indis-

cutable fragilité de certains éléments qui interviennent dans la discussion de ce cas, qui pourraient intervenir dans la discussion d'autres cas semblables et entraîner inévitablement, par l'excès de confiance donné à certaines notions cliniques ou anatomo-pathologiques, les plus regrettables erreurs.

OBSERVATION PUBLIÉE PAR MM. SPILLMANN, DROUET ET DOMBRAY, dans le *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 5, mai 1924 (Réunion dermatologique de Nancy).

Tuberculose cutanée à localisations multiples et gommes lymphangitiques.

Il s'agit d'une femme de 46 ans, Marie B..., dont les antécédents pathologiques sont les suivants : pleurésie à 16 ans, ostéite costale avec mal de Pott dorsal à 18 ans ; petit lupus de la lèvre supérieure à 25 ans ; extension du lupus à 31 ans sur toute la partie droite de la lèvre supérieure (pointes de feu, rayons ultra-violets) ; extension rapide à 35 ans au niveau de la joue droite, du front, du nez et de la lèvre supérieure (radiothérapie, scarification) ; apparition d'une lésion ulcéreuse au niveau du deuxième orteil gauche à 40 ans (amputation) ; lésion du troisième orteil à 45 ans (amputation) ; apparition d'une lésion ulcéreuse de l'index droit à 46 ans avec lymphangite gommeuse du membre supérieur droit.

A son entrée à la clinique en janvier 1924, elle présente les symptômes suivants : lésions ulcéreuses-croûteuses du front, de la région sus-orbitaire droite, des paupières (alopécie ciliaire et sourciliaire) ; lésions érythémato-croûteuses du nez avec ulcération de l'aile gauche ; cicatrices bridant les orifices des narines et la bouche ; ulcérations de la commissure labiale gauche ; lésions ulcéro-croûteuses des joues, des oreilles, des régions mastoïdiennes, de la région sus-

hyoïdienne. Petits ganglions des chaînes sterno-cléido-mastoïdiennes. Au niveau de l'index gauche, la face dorsale de la troisième phalange est augmentée de volume et présente des ulcérations à bords circinés, de coloration rouge violacé. Sur toute l'étendue de l'avant-bras gauche, on constate un trajet lymphangitique dur le long duquel sont disposées de petites gommescrues ou ulcérées. Lésions érythémato-squameuses de la région trochantérienne droite. Ulcérations croûteuses du talon droit ; ulcérations profondes des orteils, notamment au niveau du deuxième orteil où on constate une tuméfaction rouge molasse, mamelonnée à type papillomateux. Des ulcérations nombreuses sont visibles sur la jambe et sur le pied gauches. On peut donc dire que cette malheureuse femme présente sur toute l'étendue du corps, mais surtout à la face et au niveau des membres, des lésions cutanées ulcéreuses profondément destructrices.

La longueur de l'évolution de ces différentes manifestations, l'absence d'antécédents syphilitiques personnels ou héréditaires, la sérologie négative, la présence de granulations lupiques sur le front, les joues, le nez et les lèvres, imposent le diagnostic de tuberculose cutanée à foyers multiples. Il s'agit véritablement, chez cette malade, d'une tuberculose mutilante et il est intéressant de rapprocher son histoire de celle de la syphilitique qui se trouvait au service, il y a trois ans, tant il est vrai que, dans certains cas, la syphilis et la tuberculose sont susceptibles de provoquer des désordres identiques. Nous croyons devoir insister surtout sur l'évolution progressive et envahissante des lésions lupiques qu'aucun traitement n'a été capable d'enrayer. L'état général de la malade est actuellement très précaire. Nous faisons remarquer également qu'elle présente deux manifestations intéressantes et dont l'une au moins est assez rare pour devoir être signalée : une tuberculose fongueuse framboesiforme (Doutrelepont, Wickham, Hallopeau, Jessner) du pied gauche et une tuberculose fongueuse de la main gauche avec lymphangite gommeuse.

Dans les cas où il existe une lésion tuberculeuse des extrémités, on peut voir survenir des gommesc multiples échelonnées sur le trajet d'un lymphatique. Cette lymphangite tuber-

culeuse bien étudiée par Bazin, A. Fournier, Morel-Levallée, présente tous les caractères de la lymphangite sporotrichosique.

Là, pas davantage qu'à propos de l'observation de MM. Louste et Thibaut, nous ne voulons discuter point par point le diagnostic des lésions de la malade de MM. Spillmann, Drouet et Dombray.

Ainsi que le reconnaît le maître de Nancy, le tableau clinique des lésions multiples présentées par sa malade peut être réalisé par l'infection syphilitique.

Les syphilis cutanées avec manifestations ostéo-articulaires concomitantes sont fréquentes et c'est une raison de plus pour chercher à établir le diagnostic sur des bases aussi solides que possible.

Nos observations prouvent que la présence de « granulations lupiques sur le front, la joue, les lèvres », bien loin d'« imposer » le diagnostic de tuberculose cutanée, ne peut constituer qu'un simple élément de présomption, élément d'ailleurs fragile et qu'il faut souvent demander aux arguments décisifs ; inoculation au cobaye et surtout épreuve d'un traitement bien conduit, un diagnostic que l'analyse clinique, révéla-t-elle même un signe de la vitro-pression positif, doit laisser en suspens.

CHAPITRE V

Nodules sucre d'orge et paraffinomes.

Les considérations histologiques que nous venons de résumer brièvement, nous permettent de comprendre que le nodule sucre d'orge, particulièrement visible à la vitro-pression, apparaîtra dans toutes les inflammations qui réalisent dans le derme des lésions histologiques qui se rapprochent de celles de la tuberculose.

Ces inflammations sont nombreuses ; nous citons, en particulier, les curieuses variétés d'inflammation chimique provoquée dans les tissus par l'injection d'huile de vaseline.

Une observation de MM. Favre et Civatte est, à ce point de vue, extrêmement démonstrative. Nous citerons les passages qui ont rapport à notre sujet :

« Le malade présentait à la face externe du bras droit dans son tiers moyen, un placard d'induration dermique, avec des nodosités profondes. Ce placard avait à sa partie inférieure une consistance plus

molle et comme pâteuse. La peau, qui conservait sur le reste du placard, sa coloration normale, était ici rouge et finement squameuse, avec des taches jaunâtres de dimensions diverses, parsemées dans le fond rouge. A la vitro-pression, ces taches prenaient l'aspect semi-transparent des nodules lupiques....

« Nous avons retrouvé dans la tumeur du bras les lésions parfaitement décrites par MM. Jacob et Fauré-Frémiet, dans leur article de la *Revue de Chirurgie*...

« Ce fait nous conduit aux conclusions suivantes : les vaselinomes peuvent simuler le lupus vulgaire ; le tubercule sucre d'orge n'est pas l'apanage du seul lupus, il traduit l'existence de lésions dermiques particulières que la tuberculose n'est pas seule à réaliser.... »

Une observation d'un cas semblable a été rapportée par M. E. Paillet. Nous ne la reproduirons pas, car elle n'est pas démonstrative ; mais nous rappellerons que l'auteur, dans la discussion de son observation, signale, qu'à la surface des paraffinomes, la peau « *peut être entièrement saine ou plus ou moins infiltrée, rouge, sombre, dyskératosique, présentant même certains points « sucre d'orge » à la vitro-pression simulant un aspect lupoïde* ».

CONCLUSIONS

— I. Le diagnostic différentiel des lésions cutanées de la tuberculose et de la syphilis se pose très fréquemment en clinique. Ce diagnostic d'une capitale importance, présente souvent les plus grandes difficultés.

— II. On a cherché depuis longtemps à établir les bases de ce diagnostic différentiel et dans ce but des recherches nombreuses ont été poursuivies dans divers sens. Ces recherches ont surtout porté sur la clinique, l'anatomie pathologique, les réactions humérales, les méthodes bactériologiques.

— III. L'étude critique de la valeur des diverses méthodes anatomo-pathologique, biologique, humérale, proposées pour préciser la nature étiologique d'une lésion douteuse syphilitique ou tuberculeuse a fait depuis longtemps l'objet de recherches systématiques de MM. Nicolas et Favre.

Nous savons, depuis leurs travaux, que l'examen anatomo-pathologique ne peut apporter d'absolue

certitude et que l'on peut en dire autant de certaines méthodes biologiques, de l'emploi de la tuberculine en particulier.

— IV. L'étude critique que MM. Nicolas et Favre ont poursuivie dans le domaine clinique les a conduits à considérer comme infidèles et peu sûrs des signes auxquels le consentement unanime attribuait une valeur absolue.

C'est ainsi qu'ils ont insisté sur la valeur que l'on doit considérer comme relative de l'infiltration nodulaire ou en nappe classiquement décrite comme caractéristique de la tuberculose cutanée.

— V. Le nodule lupique, tel qu'on peut l'étudier par vitro-pression, présente un ensemble de caractères (mollesse, translucidité, sensibilité), décrit depuis longtemps. On ne saurait cependant considérer cette lésion comme ne relevant jamais d'une autre inflammation que l'inflammation tuberculeuse.

— VI. La syphilis cutanée peut présenter des infiltrats nodulaires, qui offrent les caractères du nodule lupique. — Par ailleurs, d'autres inflammations peuvent produire dans le derme de semblables formations.

— VII. La constatation de nodules dits lupiques doit être interprétée avec prudence. Leur seule présence ne saurait constituer un élément d'affirmation certaine et ne permet pas de rejeter, en particulier, le diagnostic de syphilis.

— VIII. L'identité des manifestations cliniques objectives n'est que le corollaire de la similitude des lésions histologiques de la tuberculose et de la syphilis.

— IX. La valeur relative des nodules qualifiés lupiques décelables par vitro-pression constitue une preuve de la grande prudence avec laquelle il faut procéder en présence de lésions suspectes.

C'est une nouvelle contribution à l'étude critique poursuivie par MM. Nicolas et Favre des procédés préconisés pour résoudre un problème aussi important que fréquemment posé en clinique journalière.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

NICOLAS

Vu :

LE DOYEN,

JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 20 Novembre 1924

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLIBE (J.). — Contribution à l'histologie pathologique des syphilides tertiaires cutanées. — Cellules géantes et follicule syphilitiques (*Thèse de Lyon*, 1907).
- AUGAGNEUR (A.). — Etude sur les réactions des syphilitiques à la tuberculine (*Thèse de Lyon*, 1910).
- BERNAY (A.). — Les syphilides lupoïdes (*Thèse de Lyon*, 1911).
- BROCQ (L.). — Traité élémentaire de dermatologie pratique.
- DARIER (J.). — Précis de dermatologie (Masson, éditeur).
- DUBREUILH (W.). — Précis de dermatologie (Doin, éditeur).
- FAVRE (M.) et CIVATTE (A.). — Le vaselinome ganglionnaire (*Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, séance du 8 janvier 1921, tome LXXXIV, p. 8).
- FAVRE (M.) et SAVY (P.). — Syphilis thyroïdienne, ses analogies histologiques avec la tuberculose (*Lyon Chirurgical*, mai 1912).
- FOURNIER (A.). — Traité de la syphilis, t. II.
- GAUCHER (E.). — Maladies de la peau.
- GOUGEROT (H.). — La dermatologie en clientèle.
- JACOB et FAURÉ-FRÉMIET. — Tumeurs consécutives à l'injection d'huile camphrée, préparée avec de l'huile de vaseline. Vasinomes (*Revue de Chirurgie*, 36^e année, n^{os} 9 et 10, sept.-oct. 1917, p. 221-263).
- LOUSTE et THIBAUT. — Lupus tuberculeux du visage d'aspect xanthomateux. (*Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n^o 9, déc. 1923, p. 458.)

- NICOLAS (J.) et FAVRE (M.). — Cellules géantes et follicule syphilitiques dans les syphilides tertiaires cutanées et muqueuses. — Ces formations histologiques permettent-elles de distinguer avec certitude la tuberculose de la syphilis ? (*Province Médicale*, 21 décembre 1907).
- Histologie et histogénèse du nodule syphilitique cutané. — Rôle de la phlébite syphilitique dans son développement. (*Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 2 mars 1909.)
- Le signe de la vitro-pression dermatologie. — Nodule syphilitique et nodule lupique. (*Paris Médical*, 15 mars 1924, p. 255.)
- NICOLAS (J.), FAVRE (M.) et AUGAGNEUR (A.). — Réactions des syphilitiques aux injections sous-cutanées de tuberculine (*Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 27 janvier 1911.)
- NICOLAS (J.), FAVRE (M.) et CHARLET (L.). — Réactions des syphilitiques à la tuberculine. (*Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 1^{er} mars 1910 ; *Lyon Médical*, 20 mars 1910.)
- Comparaison des résultats fournis par l'intradermoréaction à la syphiline et par la séro-réaction de Wassermann. (*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 22 avril 1910.)
- Réactions des syphilitiques à la tuberculine. (*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 11 mars 1910.)
- NICOLAS (J.), FAVRE (M.) et GAUTIER (Cl.). — Intradermoréaction et cutiréaction avec la syphiline chez les syphilitiques. (*Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 15 février 1910 ; *Lyon Médical*, 20 mars 1910.)
- Intradermoréaction et cutiréaction avec la syphiline chez les syphilitiques. (*Société de Biologie*, séance du 12 février 1910, t. LXVII, p. 257.)
- NICOLAS (J.), FAVRE (M.) et LAURENT (C.). — Syphilis scrofuloïde cutanée, ganglionnaire, ostéo-articulaire. — Contribution à l'étude de diagnostic différentiel entre syphilis et tuberculose (*Province Médicale*, 3 décembre 1910.)

- NICOLAS (J.), FAVRE (M.) et MOUTOT (H.). — Diagnostic de la syphilis par les méthodes de laboratoire. (*Association française pour l'avancement des Sciences*, Congrès de Dijon, 1911.)
- NICOLASS (J.), FAVRE (M.) et SALEUR (A.). — Le signe de la vitro-pression, sa valeur. (*Presse Médicale*, 24 juin 1918, n° 35, p. 318-320.)
- PAILLET (E.). — Paraffinomes ou pseudo-tumeurs fibro-conjonctives consécutives aux injections d'huiles minérales (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, n° 7, juillet 1924, p. 387).
- PAUTRIER (L.-M.). — Les tuberculoses cutanées (*Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée de E. Sergent*, t. XXI, Dermatologie).
- Syphilides tertiaires lupiformes remarquablement confluentes de la face simulant un lupus tuberculeux. (*Bulletin de la Réunion dermatologique et syphiligraphique de Strasbourg*, séance du 20 mars 1921 ; in *Bulletin de la Société française de dermatologie*, n° 4, 1921).
- SABGURAUD (R.). — Manuel élémentaire de dermatologie topographique régionale.
- SIMON (Cl.). — Syphilis de la peau (*Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée de E. Sergent*, t. XIX).
- SPILLMANN (L.), DROUET et DROMBRAY. — Tuberculose cutanée à localisations multiples et gommes lymphangitiques (*Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 5, mai 1924. — *Réunion dermatologique de Nancy*, p. 14).
-

TABLE DES MATIERES

Introduction	7
Chapitre premier. — Syphilis et tuberculose cutanées. Difficultés du diagnostic. Etude critique de quelques méthodes de diagnostic différentiel	13
Chapitre II. — Syphilis et tuberculose cutanées. Leur étroite ressemblance clinique. Le nodule lupique, sa valeur. Le signe de la vitro-pression	21
Chapitre III. — Observations	29
Chapitre IV. — Etude critique des observations. Nodules sucre d'orge et lésions syphilitiques.	51
Chapitre V. — Nodules sucre d'orge et paraffinomes	65
Conclusions	67
Bibliographie	71
